Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22364079

vaisseaux capillaires ni nerfs, c'est-à-dire une combinaison d'éléments attestant une organisation. « L'injection fine et l'inspection microscopique, dit Béclard, montrent les vaisseaux capillaires se terminant à leur circonférence et à leur face adhérente, sans pénétrer jamais dans leur substance. »

SCIENCES ACCESSOIRES.

Quels sont les moyens de reconnaître si le suc de réglisse est falsifié d'amidon?

Pour s'assurer de la falsification supposée, on prend une petite quantité de suc de réglisse que l'on dissout dans un peu d'eau froide; l'amidon, qui n'est point soluble à cette température, se précipite; le précipité traité par l'iode donne une couleur bleue, qui varie selon la quantité du corps simple employé.

On peut toujours obtenir la plus belle couleur bleue en dissolvant le précipité dans la potasse liquide, et précipitant la dissolution par un acide végétal.

Le suc préparé à l'eau chaude renferme constamment la fécule amilacée qui fait partie de la composition de la racine de réglisse (*glycyrrhiza glabra*, Robiquet). Dissous de nouveau dans l'alcool, la fécule se précipite, et de cette manière on peut l'obtenir complétement privé de cette substance.

FIN.

SCIENCES CHIRURGICALES.

De la présence d'un corps étranger dans l'abdomen comme complication des plaies du bas-ventre. (*Médecine légale.*)

SCIENCES MÉDICALES.

Exposer les caractères, les terminaisons et le traitement de l'érysipèle de la région ombilicale chez les nouveaux-nés.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Déterminer s'il existe une époque où la circulation s'exécute par des canaux dépourvus de parois membraneuses.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Quels sont les produits de la putréfaction des matières animales placées dans les fosses d'aisance ?

N° 33.

10.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 16 Mars 1840 ;

PAR

LAQUEILLE (JEAN-MARIE),

de Thil (Haute-Garonne) ;

Bachelier ès-Lettres et ès-Sciences, Chirurgien Sous-Aide-Major à l'armée d'Afrique ;

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Celui qui n'écrit que pour remplir un devoir dont il ne peut se dispenser, une obligation qui lui est imposée, a sans doute de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs.

MONTPELLIER,

VEUVE RICARD, NÉE GRAND, IMPRIMEUR, PLACE D'ENCIVADE.

1840.

A MON PÈRE

&

A MA MÈRE.

Amour tendre, reconnaissance éternelle pour les sacrifices et les privations sans nombre que vous vous êtes imposés pour mon éducation.

A MES DEUX FRÈRES.

Attachement sans bornes.

AUX MANES DE M. ISARD,

MÉDECIN.

Regrets éternels !!!

J.-M. LAQUEILLE.

SCIENCES CHIRURGICALES.

—

De la présence d'un corps étranger dans l'abdomen comme complication des plaies du bas-ventre. (Médecine légale.)

Mon intention n'est pas de me borner à l'examen de cette question au point de vue de la médecine légale. Les circonstances favorables où j'ai été placé pour observer des lésions traumatiques de la cavité abdominale, et mon rôle de chirurgien militaire, me portent à traiter ce sujet dans ses rapports plutôt avec la pathologie chirurgicale qu'avec la médecine légale : toutefois je remplirai la tâche que le sort m'impose, et j'examinerai en dernier lieu la question telle qu'elle m'est posée.

Après avoir fait connaître les principaux corps étrangers que l'on rencontre dans l'abdomen, j'exposerai leurs symptômes, leur diagnostic, les accidents qu'ils déterminent, et les complications qu'ils apportent aux diverses blessures des parois abdominales et des divers viscères renfermés dans sa cavité. J'aurai lieu d'indiquer la marche, la terminaison de ces sortes de cas, et le mode d'expulsion ou de conservation de ces corps étrangers dans le ventre ; enfin, je m'occuperai du traitement. Ces généralités établies, j'examinerai la plupart des viscères blessés et les complications de leurs blessures par la présence des corps étrangers dans leur parenchyme.

La plupart des corps étrangers qui pénètrent dans l'abdomen y sont lancés par des manœuvres violentes, par des armes de guerre ou de combat : ce sont des grains de plomb, des balles de divers calibres, des biscaïens, des fragments de mitraille, des portions de pierre. Mais comme ordinairement les individus blessés sont couverts de vêtements, on rencontre aussi, dans l'intérieur de l'abdomen, un morceau d'habit dont la balle s'est coiffée, ou qu'elle a seulement poussé devant elle. Chez les militaires, il n'est pas rare de voir des pièces de buffleterie, des fragments de boutons et d'autres portions de leurs fourniments. Il arrive parfois que l'agent vulnérant a emporté, dans sa marche rapide, des fragments d'os, et que des esquilles détachées en tout ou en partie deviennent de véritables corps étrangers qui entraînent de graves complications de ces blessures.

Suivant que ces corps étrangers pénètrent la cavité abdominale dans tel ou tel autre point, dans telle ou telle direction, la blessure peut être plus ou moins grave : aussi la complication par le corps étranger sera bien différente s'il a passé par la région vertébrale que par la région antérieure, car la moelle court le plus grand risque d'être intéressée primitivement ou consécutivement : cette assertion est hors de toute contestation, et la pratique en démontre la justesse. C'est ainsi que Sabatier, dans son traité d'anatomie, rapporte un cas dans lequel une pointe d'épée qui avait pénétré à la partie inférieure du dos, et qui s'était rompue dans la plaie, n'avait pas empêché celle-ci de se cicatriser. « Quoique la pointe d'épée, écrit ce célèbre auteur, eût passé postérieurement entre la onzième et la douzième vertèbre du dos, et eût traversé la moelle de l'épine, elle ne fut trouvée que quelque temps après, au fond d'un abcès survenu après une route de quatre-vingts lieues que le blessé avait faite à pied. »

Il est évident que la position du corps étranger, et le point par où il était parvenu dans l'abdomen, ont singulièrement ajouté à la gravité de la blessure elle-même, car c'est à sa présence que fut due la mort survenue peu de temps après les tentatives d'extraction. Je suis loin de partager l'opinion du professeur Sabatier, et de croire que la moelle a été traversée par la pointe d'épée, car aucun phénomène n'a

annoncé une lésion aussi grave et presque toujours instantanément mortelle. Je suis en droit de penser que la mort fut la suite des manœuvres faites pour en opérer l'extraction; car ce fut dès cet instant que les accidents mortels se manifestèrent.

Le volume du projectile apporte des différences assez importantes à signaler dans les plaies du bas-ventre; en effet, des grains de plomb pourront pénétrer dans cette cavité sans produire fort souvent des désordres très-sérieux, tandis qu'il est presque impossible qu'une balle, un biscaïen, des fragments de mitraille y parviennent, sans déterminer une complication assez fâcheuse. Sans doute cette proposition n'est pas tellement rigoureuse qu'elle ne souffre de fréquentes exceptions, mais elle n'est pas moins appuyée par bon nombre de cas. Je sais bien que le principal danger des blessures du ventre est la péritonite, et que la présence d'un grain de plomb peut la déterminer, comme celle d'un projectile beaucoup plus volumineux; mais l'assertion que j'émets n'en est pas moins exacte en thèse générale.

Je pourrais examiner la forme du corps étranger, sa surface plus ou moins polie, plus ou moins hérissée de pointes capables de déchirer les tissus, étudier sa densité, la matière dont il se compose; mais je préfère aborder promptement l'examen des symptômes de la présence des corps étrangers. Il peut y avoir plus ou moins de temps que la blessure a eu lieu, et cette circonstance apporte de grands changements dans les phénomènes qui indiquent la présence d'un corps étranger.

La direction de la plaie est déjà une présomption de la place qu'occupe le projectile; mais, quelquefois, aucun symptôme n'annonce sa présence, et cependant il est resté dans la cavité abdominale; d'autres fois, des phénomènes graves semblent indiquer qu'il est logé dans un point du ventre, bien qu'il n'en soit rien. Alors l'examen des vêtements du blessé, et du lieu où l'accident est arrivé, dissipe les doutes. Si, en dépouillant le malade, on rencontre la balle dans ses vêtements, dès lors il ne peut y avoir d'incertitude sur l'absence du projectile dans l'abdomen, à moins qu'il n'y ait eu plusieurs blessures en même temps, ce que l'on reconnaît par une exploration attentive.

En d'autres cas, la balle est tombée autour du blessé sur le sol,

et le même doute est encore levé. Toutefois, sur les champs de bataille, de telles circonstances ne peuvent dissiper toutes les incertitudes; car les portions de mitraille sont très-nombreuses sur le sol, ainsi que les divers projectiles, et il peut bien se faire qu'un militaire ait reçu dans le ventre une balle, et qu'un fragment de pierre ou d'autres corps vulnérants se rencontre dans ses habits. Dans la plupart des cas pourtant, l'examen que je signale a été fort utile, et a déjà éclairé en partie les obscurités dont le sujet que je traite est environné.

La présence d'un corps étranger dans la cavité du ventre occasionne de la douleur plus ou moins vive; mais ce symptôme ne peut être distingué, dans les premiers temps des lésions traumatiques, de celui qui appartient à la division des parties molles. Il peut offrir plus de valeur quand le corps étranger existe dans l'abdomen depuis quelque temps, et que les autres caractères du traumatisme se sont en grande partie effacés. Dans ce dernier cas, la douleur, fixe dans un point, est un signe précieux pour indiquer la présence et la position du corps étranger.

L'exploration des parois abdominales peut quelquefois augmenter la probabilité de la position occupée par le projectile : en palpant le ventre, en déprimant successivement les parties molles qui le composent, la main peut sentir un point dur, résistant, plus ou moins arrondi, ou ayant la forme générale du corps étranger recherché. Sans doute que des grains de plomb, une chevrotine, par exemple, ne seront pas généralement perçus au moyen de ce mode d'exploration. Mais une balle ordinaire, un fragment de mitraille, un biscaïen, etc., peuvent être assez facilement reconnus par ce procédé, ou seulement par l'inspection de la tumeur qu'ils forment parfois sur un point des parois abdominales.

Un autre mode de reconnaître la présence des corps étrangers est l'exploration au moyen d'un stylet à travers l'ouverture de la blessure. Cette manière d'agir offre de grands inconvénients; car l'on s'expose à tous les dangers signalés par John Bell, à propos de l'habitude vicieuse de sonder les plaies. Toutefois on peut agir de la sorte quand on se propose d'extraire le corps étranger, et le stylet, en parvenant jusqu'à lui, fait apprécier son existence et ses diverses qualités physiques. On sait toutes les précautions qui sont nécessaires pour ce genre de recherches; l'on

devrait même s'en abstenir quand l'extraction du projectile est regardée comme impossible ou trop dangereuse. En d'autres cas, lorsque le corps étranger existe dans l'abdomen depuis long-temps, que les premiers phénomènes du traumatisme sont passés, un semblable examen peut être fait quand on est encore décidé à pratiquer l'ablation du projectile.

Le trajet de la blessure peut persister, et s'être constitué en fistule avec tous les caractères que Dupuytren a assignés à l'époque de l'*organisation* de ces conduits anormaux, et permettre aisément le passage du stylet. Mais plus souvent le corps étranger a déterminé la formation d'un abcès ouvert à l'extérieur, soit par l'art, soit spontanément, et qui donne lieu à une voie exploratrice. La présence d'un corps étranger dans l'abdomen est cause d'inflammation, soit primitive, soit consécutive, ce qui constitue une des plus sérieuses complications des blessures de cette enceinte splanchnique.

La susceptibilité du péritoine est si grande, que le moindre projectile, le moindre corps étranger devient cause de son inflammation. Quelle ne doit pas être la rapidité de cette dernière quand un projectile est poussé violemment dans la cavité du péritoine dont le tissu est déchiré! Dans toutes les opérations pratiquées sur l'abdomen, la péritonite est toujours l'accident le plus redoutable; et c'est contre cette terrible complication que tous les soins des chirurgiens sont dirigés. Tant que la blessure n'a pas intéressé la séreuse abdominale, le danger est en général peu grave; mais lorsque cet accident est survenu, que le péritoine est lésé médiatement ou immédiatement, la gravité du pronostic se trouve singulièrement accrue par cette seule circonstance.

Le corps étranger expose non-seulement à la péritonite primitive, mais à la péritonite secondaire ou consécutive, alors que tous les dangers immédiats de la plaie abdominale, de la présence du corps étranger étaient dissipés. Pour démontrer cette proposition, et pour éclairer les données de la thérapeutique, voyons ce que devient le corps étranger dans la cavité de l'abdomen, et quel changement il se passe autour de lui. Tout corps étranger introduit dans une cavité quelconque, et surtout dans celle du ventre, provoque autour de lui un travail fort remarquable,

et dont le but apparent est son isolement du reste des parties. Delpech a fait à cet égard de nombreuses expériences sur des lapins : en introduisant dans l'abdomen de ces mammifères rongeurs des morceaux de liége de trois centimètres de diamètre en tout sens, on voit, après vingt-quatre heures, une membrane blanchâtre, couenneuse, qui les enveloppe. Cette pseudo-membrane, dont l'épaisseur et la résistance varient avec le volume et le séjour du corps étranger, offre, au bout de ce temps seulement, des vaisseaux très-fins, rouges, et dont la circulation paraît bornée à la membrane elle-même. L'adhérence devient de plus en plus intime avec le péritoine, dont la circulation se lie bientôt à celle de la fausse membrane.

Environné de cette enveloppe, le corps étranger est dès lors séquestré des tissus normaux, et peut rester ainsi isolé pendant des années entières, ou même toute la vie de l'individu. Tel est le cas le plus favorable, celui dans lequel les phénomènes du travail se bornent à ce qu'il possède de réparation. Mais d'autres circonstances surviennent souvent, et, dans ses progrès, le travail néoplastique, selon l'expression du professeur Burdach, présente des caractères fâcheux. Ainsi, la membrane dont je viens de parler s'organise davantage ; sa surface interne devient lisse, et elle sécrète du pus dans sa cavité autour du corps étranger.

Distendue par le produit liquide du travail lui-même, la pseudo-membrane s'étend, acquiert des dimensions de plus en plus considérables; elle adhère à des parties voisines de plus en plus éloignées, et bientôt cette sécrétion étant croissante, l'irritation plus énergique, la pseudo-membrane se rompt, le pus s'épanche dans l'abdomen et y fait de nouveau fonction de corps étranger. Les animaux sur lesquels on a tenté ces expériences ont souvent survécu à ces divers accidents; mais l'homme ne jouit pas d'autant de priviléges.

En effet, les divers phénomènes que je viens d'indiquer pour la séquestration du corps étranger dépendent de l'inflammation à ce degré que Hunter appelait inflammation adhésive : loin de se borner à ce mode inflammatoire, le travail augmente, la phlogose devient plus violente, le pus se forme, et une péritonite éclate au moment où l'on espérait la guérison la plus complète. Les abcès qui entourent le corps étranger

en se rompant communiquent avec la cavité de la séreuse abdominale, et viennent faire naître une nouvelle péritonite plus grave que la première, et à laquelle les malheureux blessés succombent fort souvent.

Ainsi la présence d'un projectile dans l'abdomen est une occasion incessante d'accidents, et forme une complication grave des blessures de cette cavité splanchnique. Mais le travail naturel ne se borne pas toujours au degré adhésif; le but apparent n'est pas constamment l'isolement du corps étranger : parfois le même travail tend à éliminer ce corps hétérogène, à le chasser au dehors. Divers phénomènes caractérisent ce travail ; l'irritation causée par sa présence détermine un afflux de liquides dans les tissus avec lesquels il se trouve en contact ; ces tissus se ramollissent, se détruisent et laissent cheminer le projectile. Cette marche du travail pathologique a été désignée par Hunter sous le nom d'inflammation ulcérative.

La direction suivie par cette inflammation est dans le sens de la peau : des adhérences se forment avec les parties profondes enflammées par le travail ulcératif; la peau devient rouge, érysipélateuse en un point qui se soulève, devient fluctuant, s'ouvre de lui-même si l'art n'en a hâté la perforation. Le corps étranger, ainsi porté sous les téguments externes, ne tarde pas à être chassé, soit spontanément, soit par les manœuvres du praticien. Mais d'autres fois la marche du travail éliminateur n'est pas dans la direction de la peau; le corps étranger ne se trouve séparé des organes creux renfermés dans le ventre que par une mince épaisseur des parties; des adhérences s'établissent avec les parois de ces mêmes organes que perfore successivement le travail ulcératif.

Alors le corps étranger est poussé dans leur cavité, et là il affecte diversement ces organes, y séjourne ou est porté plus loin, ou est même chassé à l'extérieur avec moins de danger que par le mode éliminateur dont j'ai parlé tout à l'heure. Arrêtons-nous un instant sur ces circonstances : il ne faudrait pas croire que ce travail expulteur se passe toujours sans orages; trop souvent l'inflammation du péritoine ou des organes intéressés se réveille, et le malade succombe à ces efforts de la nature pour conserver en apparence la vie de l'individu. Ce travail est donc une véritable, une fort grave complication des blessures de l'abdomen.

Nous pourrions prendre occasion de ces faits pour examiner la tendance naturelle à la conservation de l'individu, et peut-être verrions-nous souvent que ces lois sont indépendantes de ce but, que ces lois ont d'autres destinations, celui de l'intégrité, de l'homogénéité des parties, et que le même travail naturel tue ou conserve le blessé, suivant la direction qu'il prend d'une manière parfois aveugle en apparence.

La présence du corps étranger, tombé dans la cavité des organes creux de l'abdomen, devient une sérieuse complication des plaies de cette grande cavité. Si l'intestin est perforé, la lésion sera en général moins grave que si la vessie ou l'utérus le sont, en raison de la facilité qu'il aura à parcourir une route naturelle qui le conduira au dehors. Mais, même en ce cas, la complication variera suivant le point où l'intestin aura été perforé, et suivant la forme et le volume du corps étranger. Si l'intestin grêle est celui que l'ulcération a atteint, la complication sera plus sérieuse que si c'est le gros intestin. En effet, le projectile devra non-seulement parcourir un espace plus étendu, mais il lui faudra franchir la valvule iléo-cœcale, et il pourra très-bien être arrêté dans ce point de jonction du gros et du petit intestin.

Le poids du projectile contribuera à cet arrêt dans sa marche, et il y pourra provoquer une inflammation ulcérative, une phlogose de la fosse iliaque droite, des abcès de cette partie sur lesquels Dance et Dupuytren ont écrit de si savantes pages. Après avoir franchi le premier obstacle, le corps étranger est obligé de cheminer contre les lois de la pesanteur, contre son propre poids. Son volume peut apporter de plus grandes difficultés encore; si ce volume dépasse ou à peu près le calibre de l'intestin grêle, sa marche, son expulsion sera fort difficile, et elle courra le risque d'être interrompue ou arrêtée à tout instant : le passage dans le gros intestin sera plus dangereux encore; sa surface, inégale ou polie, apportera des obstacles sérieux au travail expulsif.

Mais la complication est bien autrement fâcheuse lorsque le corps étranger a été poussé dans la cavité d'un organe dont le canal excréteur est fort étroit eu égard au volume de ce même corps étranger. Parmi ces organes creux, tels que la vésicule du fiel, l'utérus, la vessie, ce dernier présente les conditions les plus défavorables peut-être. La vésicule

du fiel peut adhérer au duodénum, et le corps étranger être transporté dans cette portion du tube digestif; l'utérus a un canal ou une cavité assez spacieuse et même fort dilatable; mais le canal de l'urètre l'est très-peu, et puis la présence seule du corps étranger dans le réservoir de l'urine devient souvent la cause de la formation d'un calcul urinaire. Les fastes de la science sont remplis de faits qui le prouvent. Le docteur Civiale a rassemblé, dans son traité de l'affection calculeuse, une masse énorme de faits dans lesquels un corps étranger de forme très-variée, introduit dans la vessie, est devenu le noyau d'un calcul plus ou moins volumineux.

Mais les annales de la chirurgie militaire renferment des observations tout aussi concluantes, et où l'on reconnaît que le projectile poussé dans la vessie a été le centre d'une pierre dont il a fallu pratiquer l'extraction. L'ouvrage du docteur Hennen (*cases in doct. Hennen Wounds*, page 419, etc.) sur la chirurgie des armées, en contient des exemples frappants. Tout le monde a lu, dans les mémoires de chirurgie militaire du baron Larrey, l'observation de ce militaire blessé au siége de St-Jean-d'Acre par une balle qui pénétra obliquement dans la vessie, et y devint le noyau d'un calcul dont il fut opéré avec bonheur quelque temps après.

Ainsi les corps étrangers introduits dans la cavité abdominale apportent des complications graves aux blessures de cette cavité, non-seulement par les phénomènes morbides, ou les lésions primitives ou secondaires dont ils sont la cause, mais encore par la nécessité dans laquelle ils mettent le malade de subir des opérations toujours sérieuses, à des époques plus ou moins éloignées de celle de la blessure. Voyons quelles sont les opérations: lorsque le projectile menace la vie de l'individu par l'inflammation péritonéale qu'il provoque et irrite, et qu'en même temps il se porte vers la peau où on le sent, peut-on aller à sa rencontre, et abréger par une opération le travail dans lequel la nature s'est engagée, et où l'organisme succombera peut-être?

On ne reconnaît pas de faits bien directement afférents à cette question, et qui montrent la conduite de quelque chirurgien distingué dans les cas où le corps étranger est dans la cavité de la séreuse abdominale. Toutefois, en beaucoup de circonstances, les praticiens dont la science

s'honore ont ouvert le ventre pour remédier à des accidents graves, pour extraire des corps étrangers venus du dehors ou même introduits dans l'épaisseur des viscères abdominaux. L'analogie de ces sortes de faits doit me fournir des preuves très-puissantes à l'appui de la question que j'agite. Les mémoires de l'Académie de chirurgie renferment une foule de travaux intéressants sur ce sujet, et dont je vais m'appuyer.

Le premier mémoire que je remarque est celui de Petit le fils, sur les épanchements de la cavité abdominale : le premier fait contenu dans ce travail a trait à un militaire blessé d'un coup d'épée au-dessous du cartilage xyphoïde, chez lequel il survint bientôt un épanchement de sang considérable, qui, déterminant des accidents fort graves, obligea Vacher à pratiquer l'ouverture des parois abdominales, par où sortirent au moins trois chopines de sang noir et très-fluide. Cette opération fut suivie de succès. Dans le second fait, une pareille tentative fut malheureuse; le blessé succomba peu de jours après, mais son état était désespéré quand l'opération fut pratiquée.

Dans un travail du même auteur, il est rapporté des faits d'ouverture des abcès du foie avec succès; et Morand, dans son mémoire sur le même sujet, n'hésite point à conseiller la même pratique, et préfère l'emploi du bistouri à celui de la pierre à cautère. Plus loin, le même recueil contient un mémoire de Lafitte, qui pratiqua l'incision de la région lombaire gauche chez une femme, et fut à la rencontre du calcul, situé dans le rein correspondant, dont il fit l'extraction avec le plus grand succès. Dans la plupart de ces cas, l'opérateur était guidé par la présence d'une tumeur plus ou moins fluctuante ; et Lafitte termine son mémoire par ce passage : l'extraction de la pierre qui est dans la vessie n'est praticable que quand il s'y forme un abcès. Il faut que la nature montre la route au chirurgien.

Hippocrate prescrit la section du rein, pour l'extraction de la pierre, si cet organe se trouve abcédé, ce que recommandent encore Meckren, Hildanus, Heister et d'autres. Mais Rousselet et Riolan disent qu'on peut ouvrir sur la pierre du rein, pourvu qu'elle se fasse sentir au tact. Ces faits ne sont pas si étranges qu'on pourrait le supposer ; et malgré le mémoire de Hevin, sur la néphrotomie, dans lequel il défend l'opinion

de Lafitte, Gaspard Bauhin, d'autres rapportent des succès d'après la manière de voir de Riolan et de Roussel. Morand porte plus loin les entreprises chirurgicales sur la cavité de l'abdomen; non-seulement il conseille l'incision dans l'hydropisie de l'ovaire, mais encore il n'est pas éloigné de reconnaître la nécessité de faire l'extraction de ces organes, et il cite des faits heureux à l'appui de cette manière de voir. Enfin, on trouve dans le long mémoire de Hevin, sur la gastrotomie, des exemples nombreux de succès dans l'ouverture du ventre, pour remédier à un volvulus ou l'intus-susception des intestins.

Ces exemples et les analogies sont trop prononcés, pour ne pas m'autoriser à croire qu'il faudrait se conduire de la même manière dans les cas de corps étrangers introduits dans l'abdomen et donnant lieu à des accidents très-graves et qui semblent menacer promptement la vie du blessé. Il est d'autres circonstances dans lesquelles le corps étranger a été poussé, soit immédiatement, soit consécutivement dans la cavité d'un viscère creux, tel que l'estomac et les diverses parties du tube digestif, dans la vessie, etc., ou dans l'épaisseur d'un viscère parenchymateux, comme le foie : faudrait-il en pratiquer l'extraction dans les cas où la vie de l'individu serait aussi menacée d'une manière plus ou moins prochaine ? Si la plaie faite aux parois abdominales se trouve assez large pour laisser manœuvrer les instruments nécessaires; si le projectile est bien reconnu dans la place qu'il occupe, nul doute qu'il ne faille aller à sa recherche et l'attirer au dehors. On évite, en agissant de la sorte, tous les accidents consécutifs dépendant de la présence du corps étranger, et l'on évite en même temps une opération ultérieure probablement indispensable. Mais si le projectile, perdu d'abord dans l'abdomen, est reconnu ensuite dans un viscère, alors que la plaie extérieure est cicatrisée, le praticien peut-il tenter aussi son extraction en pratiquant la gastrotomie? Je pense que pareille opération doit être faite lorsqu'elle paraît la seule chance pour le malade. Un homme reçut un coup de pistolet dont la balle traversa l'hypogastre, la vessie, et détermina bientôt la formation d'une tumeur au périnée, et plusieurs accidents très-graves : Duvergé incise le périnée, va à la rencontre de la

balle qui descendait de la vessie, et en pratique l'extraction avec succès. (Mém. Acad. chirur., II.)

Le docteur Hennen conseille de pratiquer l'opération de la taille quand le projectile est dans la vessie. Selon M. Larrey, cette opération doit être pratiquée immédiatement avant que l'inflammation ait commencé, ou bien lorsqu'elle a disparu complètement. Dans la clinique chirurgicale de ce célèbre chirurgien, on trouve l'observation remarquable du militaire dont j'ai parlé. M. Larrey fit l'opération de la taille quatre jours après la blessure, et sauva son malade. Il est donc rationnel de faire l'extraction du projectile lancé dans la vessie dès le moment de la blessure, surtout quand la plaie des parois abdominales est assez large pour permettre le jeu libre des instruments. Lors même que la plaie est formée, la gastrotomie me paraît indiquée dans les mêmes circonstances. Les mémoires de Hevin sur les corps étrangers (Acad. chir., I) renferment des exemples remarquables dans lesquels cette opération a été tentée avec bonheur. Un paysan Prussien s'était enfoncé un couteau dans l'estomac par la bouche : tourmenté par ce corps étranger, et plein de courage, il consulte tous les chirurgiens de Kœnisberg, qui sont tous d'avis de pratiquer l'ouverture de l'estomac pour extraire le couteau. Daniel Schwaben, chirurgien lithotomiste, pratique cette grave opération, tire le couteau, réunit la plaie des téguments au moyen de la suture, et bientôt le courageux malade se trouve guéri.

Selon Crollius, un paysan de Prague avala un couteau de neuf pouces de longueur : deux mois après, ce couteau fut retiré au moyen de la gastrotomie, par Florian Mathieu, premier chirurgien de l'empereur : le succès couronna encore une telle tentative. Dans les Éphémérides d'Allemagne, on rapporte le fait d'une femme ayant avalé un couteau de sept pouces de longueur, que le docteur Hubner, de Ramstembourg, retira par la gastrotomie, le onzième jour de l'accident : la science compte dès lors un succès de plus. Je pourrais ajouter de nouveaux cas à ceux déjà cités, pour appuyer ma manière de voir ; ils prouvent du moins qu'il n'est pas irrationnel de tenter la gastrotomie dans les cas où des corps étrangers séjournent dans l'estomac. Je pourrais en dire tout autant des projectiles restés dans les divers points de l'intestin. Toutefois je préfère-

rais, dans cette opération, suivre le procédé de M. Bégin, c'est-à-dire faire l'opération en deux temps, que d'arriver du premier coup jusque dans la cavité du viscère.

On sait, en effet, que le professeur à l'Hôpital militaire d'instruction de Strasbourg fait d'abord une incision aux parois abdominales sans intéresser le péritoine; qu'il laisse après développer ce degré d'inflammation qui met le péritoine en contact intime avec le point déjà incisé, de manière à ce que, la cavité péritonéale étant effacée, par l'adhérence des deux surfaces au point correspondant du viscère à ouvrir, on ne court point le risque de voir survenir un épanchement, soit primitif, soit secondaire dans la cavité de la séreuse, et par suite une péritonite très-souvent funeste. J'aurai aussi à examiner les corps étrangers siégeant dans les organes parenchymateux, où il serait beaucoup plus dangereux d'aller les chercher, en raison de l'hémorrhagie et de l'inflammation qui en seraient la suite : néanmoins, si une tumeur s'offrait à la région hypocondriaque droite; si elle était fluctuante et présentait divers phénomènes propres à indiquer la présence du corps étranger, il faudrait aller à sa recherche, et en faire l'extraction comme dans tout autre point du ventre. C'est là du moins l'opinion du professeur Sabatier, qui se conduit ainsi dans un cas de blessure du foie.

Toutes ces opérations sont diversement considérées par différents praticiens recommandables : les uns les acceptent comme une dernière ressource capable de sauver un blessé; d'autres les repoussent avec énergie comme propres à hâter la fin des malades, et la rendre plus cruelle. Quoi qu'il en soit, ces débats prouvent que ces entreprises chirurgicales sont semées d'écueils nombreux, qu'elles donnent des résultats trop souvent funestes, et que la cause qui nécessite l'emploi de pareilles ressources est un sujet fort grave et ajoute de grandes complications à une maladie quelconque. On est donc dans le vrai en reconnaissant que, pendant tout le temps que dure la présence d'un projectile ou d'un corps étranger quelconque dans la cavité abdominale, il y apporte aux blessures par lesquelles il y a été introduit des complications d'autant plus sérieuses, que souvent elles peuvent devenir mortelles au moment où l'individu semble jouir de la santé la mieux assurée.

J'arrive maintenant au point de vue de la médecine légale sur laquelle on me demande des détails touchant les complications apportées par la présence des corps introduits violemment dans l'abdomen. Il est toujours difficile au médecin légiste de dire d'une manière positive l'issue d'une blessure des parois abdominales. Le législateur a bien senti cet embarrras dans lequel se trouve le médecin expert : aussi ne lui demande-t-il ordinairement que des propositions conditionnelles, des réponses nullement mathématiques, et un pronostic de probabilités. Mais on l'interroge pour savoir si la blessure de l'individu soumis à son expertise doit entraîner ou entraîne une suspension de travail de plus de vingt jours. Or, en plusieurs cas, le médecin sera fort embarrassé pour répondre : supposez, en effet, qu'un individu est blessé dans une rixe par des armes à feu ; on retrouve une ou plusieurs balles sur le lieu du combat, ou même autour du blessé ; la plaie des parois abdominales est réunie par première intention ; la cicatrice a lieu promptement ; les vingt jours ne sont pas écoulés lorsque l'individu reprend ses occupations.

Ce fait se trouve dans les cas prévus par la loi ; il n'y a pas eu plus de vingt jours de suspension de travail, et la blessure est appréciée par les lois en conséquence. Mais il existe un corps étranger dans l'abdomen, et sa présence, d'abord silencieuse en quelque sorte, devient quelque temps après très-probable. A l'occasion de la circonstance la plus insignifiante, des symptômes de péritonite se manifestent ; ils croissent progressivement, et enfin l'individu succombe. L'autopsie démontre que la mort est la conséquence de la complication que la présence du corps étranger a amenée. Des cas pareils ou analogues se présentent dans la pratique de la chirurgie, et j'ai vu des militaires, d'abord guéris d'une plaie de l'abdomen, revenir peu de jours après pour un abcès des parois de cette cavité, où l'on reconnaissait une balle, de la bourre, des portions de vêtements ou autres corps étrangers introduits lors de la blessure.

En présence d'observations semblables, le médecin légiste doit être fort circonspect, son jugement doit être fort conditionnel en vue de toutes les complications que le corps étranger peut produire. Il doit faire part aux tribunaux de l'incertitude des suites de pareilles blessures, et re-

connaître que la présence du projectile est toujours une chose grave. Il doit même leur faire part des opérations qui peuvent devenir nécessaires à une époque difficile à déterminer, opérations entourées le plus souvent de suites fort chanceuses et trop souvent fatales. Appelé à juger du traitement employé en pareilles circonstances, il doit être fort circonspect ; et, lors même qu'il ne partagerait pas l'opinion de ceux qui ont traité le blessé et pratiqué ces opérations hardies dont j'ai eu occasion de parler déjà, il est de son devoir de se mettre de l'avis de ceux qui les ont pratiquées lorsque les indications ont été à peu près celles tracées par les meilleurs auteurs.

SCIENCES MÉDICALES.

Exposer les caractères, les terminaisons et le traitement de l'érysipèle de la région ombilicale chez les nouveaux-nés.

Si je saisis bien l'esprit de cette question, il m'est permis de penser qu'il s'agit de l'érythème et de l'inflammation de la peau aux environs de l'ombilic des nouveaux-nés, car je ne conçois pas ce que peut offrir de particulier l'érysipèle de cette partie. Dans l'École de Montpellier, l'érysipèle est loin d'être un érythème ou une inflammation cutanée ; c'est un symptôme ou un épiphénomène sous la dépendance d'un embarras gastrique ou d'un état maladif du tube intestinal. Il suit de là qu'il importe peu que l'érysipèle occupe l'ombilic ou toute autre partie du corps, puisque son traitement doit être le même. L'érysipèle peut sans doute s'offrir chez les nouveaux-nés, mais il ne présente rien de particulier autour de l'om-

bilic, rien qui soit capable de changer la méthode générale de traitement. Il me semble donc répondre catégoriquement à la question qui m'est proposée, en traitant de l'érythème et de l'inflammation cutanée de la région ombilicale. Cet accident se montre lorsque la ligature du cordon ombilical est trop fortement serrée, ou que, par défaut de soin, la région ombilicale est entretenue dans un état de malpropreté ; alors les mucosités sécrétées s'amassent dans le creux formé par l'ombilic déprimé chez certains enfants, et deviennent des matières irritantes qui excitent le nouveau-né à se gratter, à se déchirer ces parties. De là naissent la rougeur, la douleur et la plupart des caractères de l'inflammation. La ligature trop serrée produit encore les mêmes effets ; elle engendre la phlogose de la portion restante du cordon ombilical qui le transmet à la peau voisine et même aux parties plus profondément situées, ce qui aggrave le pronostic de cette maladie.

A la chute de la portion liée du cordon, la plaie qui en résulte est parfois pansée avec du beurre frais : Millot s'élève fortement, dans son ouvrage de médecine perfective, contre cette habitude des nourrices ; il fait remarquer, avec raison, que ce beurre frais, quand il est placé sur la plaie, devient rance peu à peu et irrite de plus en plus l'ombilic, de manière à l'enflammer et à produire divers désordres. Certains enfants sont venus au monde avec des boutons de gale, avec des éruptions dartreuses ; ces maladies dépendant de vice des parents, se manifestent souvent à l'ombilic, et provoquent non-seulement par elles-mêmes l'inflammation dont j'ai parlé, mais elles excitent continuellement le nouveau-né à gratter, à déchirer la partie où a lieu une démangeaison de plus en plus vive.

Ainsi que le remarque Chambon, dans son ouvrage sur les maladies des enfants, l'inflammation s'étend non-seulement aux parties voisines de la peau, mais elle envahit les parties immédiatement sous-jacentes ; la phlogose est souvent suivie de suppuration, de destruction des parties dont se compose l'anneau ombilical. Cette circonstance est fort grave ; elle expose à l'inflammation du péritoine et du foie ; et surtout, en produisant des pertes de substance à l'ombilic, elle l'affaiblit, permet le

passage des viscères, et dispose beaucoup aux hernies de cette partie ou exomphales.

Sennert fait observer que le traitement de ces ulcérations ombilicales, ou des abcès de cette partie, sont difficiles à bien conduire, à cause du peu de docilité des jeunes malades, et à la tendance irrésistible qu'ils ont pour arracher les pièces de pansement, afin de satisfaire à la démangeaison qui les irrite.

Sous l'influence de cette irritation violente et prolongée, certains prétendent avoir observé la gangrène de l'ombilic, gangrène transmise aux parties profondes, et qui, en produisant une sanie fétide, occasionne son infiltration dans l'abdomen et une péritonite promptement mortelle. Le traitement de cette maladie doit varier suivant la période à laquelle elle est parvenue. Dès le début, lorsqu'il s'agit d'un érythème, d'une simple rougeur de la peau, il suffit d'éloigner les causes qui paraissent l'avoir amené, telles que la malpropreté, l'emploi de topiques irritants ou le serrement trop fort de la ligature du cordon ombilical, pour en obtenir une disparition assez rapide. Il est bon d'y joindre des topiques émollients, des cataplasmes de farine de lin, ou celui de graines de spellum et d'acacia, indiqués par Sennert. Toutefois, comme le petit malade dérange toujours les pièces de pansement, il peut être préférable de faire simplement des lotions avec le vin chaud, dont l'emploi est tout aussi avantageux et n'a pas les inconvénients des cataplasmes.

Quand la portion liée du cordon ombilical est tombée, qu'il s'est formé des abcès ou des ulcérations, il faut changer de moyen thérapeutique; alors il faut faciliter l'écoulement de pus, empêcher son croupissement, et panser les ulcérations avec le cérat de Galien ou même avec l'alun calciné. Certains praticiens conseillent de les toucher avec le nitrate d'argent; d'autres veulent, avec Millot, les recouvrir de cendres de bois neuf ou vermoulu. Mais si déjà le mal a produit la gangrène, doit-on mettre en usage les antiseptiques, comme le conseillaient les anciens et récemment Chambon? je ne le pense pas : la cause de la gangrène est évidemment ici l'excès d'irritation et d'inflammation; c'est donc aux émollients et aux antiphlogistiques qu'il est bon d'avoir recours.

Pour activer la chute des escarres, les cataplasmes émollients me semblent tout aussi efficaces que l'onguent ægyptiac, vanté par les auteurs.

Après la chute des escarres, ou à la fin de la suppuration, la maladie est terminée; mais il reste encore un état local dont le praticien doit tenir grand compte. Les tissus ont perdu de leur épaisseur, de leur résistance; l'anneau ombilical est agrandi; les viscères abdominaux tendent à s'échapper. Il faut, pendant le traitement, faire coucher le nouveau-né, et lui faire garder une position favorable au séjour des parties dans l'abdomen; on doit ensuite soutenir les parois affaiblies au moyen du bandage ombilical à pelotte, maintenu pendant les premières années de l'enfance, et l'on a vu des guérisons complètes, exemptes d'infirmités, être obtenues par cette sage conduite. Du reste, le volume de la pelotte du bandage doit être peu fort, car il serait plutôt propre à entretenir l'ouverture qu'à favoriser son rétrécissement.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Déterminer s'il existe une époque où la circulation s'exécute par des canaux dépourvus de parois membraneuses.

Cette détermination demanderait de ma part des recherches que je ne suis pas en position de faire : c'est une étude toute de microscope. Or, comment acquérir assez d'habitude dans le maniement de cet instrument, pour arriver à un pareil résultat? et en supposant qu'après plusieurs années d'exercice j'y fusse parvenu, comment n'être point soumis aux illusions qui égarent les plus habiles micrographes? Toutefois voici ce

qu'on a remarqué : si l'on examine la circulation des polypes, on y trouve difficilement des vaisseaux distincts ; il semble que leur fluide nutritif marche par une sorte de balancement, plutôt que par un mouvement déterminé. On n'y rencontre pas de cœur ou d'organe qui puisse imprimer au fluide nourricier une impulsion analogue à celle que l'on trouve dans les animaux vertébrés.

Si l'on examine le développement du poulet, comme l'ont fait MM. Delpech, Blenland, Dubrueil, Coste, on voit, après l'apparition d'un linéament blanc en forme de croissant apparu dans le bas-fond de la membrane blostodermique, on voit, dis-je, des points sanguins, d'une espèce de sablé rouge ayant quelque analogie avec celui que l'on découvre souvent dans une coupe de la substance cérébrale. Ces points s'étendent, se multiplient, se rapprochent, se confondent, et finissent par constituer des linéaments rouges, de plus en plus arborisés, sans que l'on puisse découvrir des vaisseaux. Pendant tout ce temps donc le sang existe ; il constitue, en quelque sorte, la circulation des premiers vestiges de l'œuf ; mais cette disposition est loin de mériter le nom de circulation, comme chez la poule ou les autres vertébrés complètement développés.

En étudiant les productions morbides, les pseudo-membranes déposées à la surface des membranes par le travail inflammatoire, on reconnaît, au milieu de la couenne ou lymphe plastique, des points de plus en plus multipliés, de couleur sanguine, arborisés, sans aucune apparence de vaisseaux ni de prolongements vasculaires des parties voisines. Plus tard les globules se creusent des canaux dans cette masse fibrineuse, et les parois ne sont pas encore distinctes. Voilà donc encore un état où le sang existe, se ramifie, constitue une espèce de circulation sans parois vasculaires. Ces circonstances anatomiques me permettent d'avancer qu'il peut exister des ramifications sanguines fort nombreuses sans parois vasculaires. Mais, plus tard, lorsque le sang circule véritablement, qu'il passe des artères dans les veines, les parois des vaisseaux sont formées, et je n'ai pu trouver une circulation de ce genre établie avec l'absence de vaisseaux complètement formés.

SCIENCES ACCESSOIRES.

—

Quels sont les produits de la putréfaction des matières animales placées dans les fosses d'aisance ?

Il résulte des recherches de M. Devergie (méd. lég.) que la putréfaction, dans les gaz des fosses d'aisance, est fort rapide, et beaucoup plus rapide que lorsque les cadavres sont exposés à l'air ordinaire. Cependant les expériences du même médecin ont montré que la putréfaction était plus lente, d'abord dans les parties exposées à ces gaz, que dans l'atmosphère humide, où les parties finissent par se dessécher et se putréfier beaucoup moins promptement que dans les gaz des fosses d'aisance dans la dernière période de la décomposition putride.

Sur un sujet exposé à la putréfaction dans les fosses d'aisance, on voit des gaz se dégager de plus en plus de dessous l'épiderme, la peau se détacher aisément, la graisse prendre la forme d'un savon ramolli; les muscles, moins vite ramollis que dans l'état ordinaire, acquérir une couleur jaunâtre; enfin, tous les tissus fournir un putrilage d'où s'exhale du gaz ammoniaque et de l'hydrogène sulfuré.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE, Suppl.	*Botanique.*
LALLEMAND, Présid.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DELMAS, Examin.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
.....	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
BERTIN.
BATIGNE.
BERTRAND, Suppl.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.

MM. JAUMES, Examinateur.
POUJOL.
TRINQUIER.
LESCELLIÈRE-LAFOSSE.
FRANC.
JALAGUIER.
BORIES, Exam.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er Examen. *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle, Pharmacologie.*

2e Examen. *Anatomie, Physiologie.*

3e Examen. *Pathologie interne et externe.*

4e Examen. *Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Médecine légale.*

5e Examen. *Accouchements, Clinique interne et externe.* (Examen prat.)

6e et dernier Examen. *Présenter et soutenir une Thèse.*

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés ; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque !

Questions de Thèse tirées au sort.

N° 34

11.

SCIENCES ACCESSOIRES.

De l'aimantation artificielle, et de celle qui a lieu par l'influence du globe.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Des caractères de l'embryon du quarante-cinquième jour au second mois.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Déterminer si les différentes espèces de cancer du sein présentent des variétés sous le rapport des symptômes ; est-il toujours possible de diagnostiquer un cancer de la mamelle ?

SCIENCES MÉDICALES.

Des divers aspects de l'oreille externe sous le point de vue de la séméiologie médicale.

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier,

le 16 Mars 1840,

PAR

F.-A. MONET,

DE LYON,

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

MONTPELLIER,

Chez JEAN MARTEL AÎNÉ, imprimeur de la Faculté de médecine,
près la Place de la Préfecture, 10.

1840.